

# Stor omfordeling via offentlig service

---

*Traditionelle fordelingsanalyser ser bort fra de forbrugsmuligheder, som den offentlige sektor stiller til rådighed, og som udgør en stor del af danske familiers forbrug.*

*I Danmark er det individuelle offentlige forbrug stort sammenlignet med mange andre lande. Det offentlige forbrug består i Danmark af udgifter til uddannelser, sundhedsbehandling, pleje, tilskud til daginstitutionspasning mv. Alle har i udgangspunktet lige adgang til blandt andet sundhedsbehandling og til at tage en uddannelse, hvilket blandt andet kan bidrage til at modvirke den negative sociale arv.*

*Analysen viser, at forskellene i forbrugsmuligheder – opgjort ved gini-koefficienten – falder fra 24½ pct. til ca. 19 pct., når man tager højde for de forbrugsmuligheder, den offentlige sektor stiller til rådighed. Særligt i den nedre del af indkomstfordelingen har individuelt offentligt forbrug forholdsvis stor betydning for de samlede forbrugsmuligheder. Hvis man ser bort fra den omfordeling, der sker via det offentlige forbrug, får man derfor et mindre nuanceret billede af fordelingen af forbrugsmuligheder.*

*Danmark er karakteriseret ved relativt små indkomstforskelle i international sammenhæng. Det er ikke muligt at sammenligne med fordelingsvirkningerne af det individuelle offentlige forbrug i andre lande, da der ikke laves sammenlignelige opgørelser af udvidede forbrugsmuligheder på tværs af lande. Det relativt høje niveau for individuelt offentligt forbrug kombineret med fri og lige adgang indikerer imidlertid, at den omfordelende virkning formentlig er relativt høj i Danmark.*

## I Danmark er indkomstforskellene små ...

Indkomstforskelle måles typisk med udgangspunkt i de disponible indkomster. Denne type af opgørelser beskriver, hvordan de private forbrugsmuligheder er fordelt, dvs. mulighederne for forbrug af bolig, fødevarer, transport mv.<sup>1</sup>

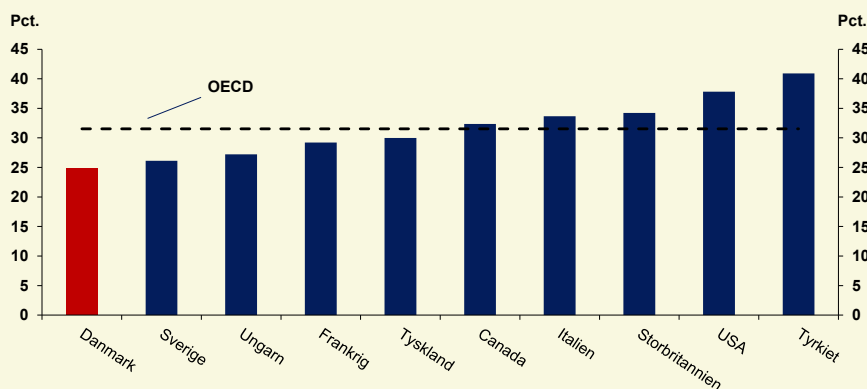
Indkomstforskellene er relativt små i Danmark. Ifølge den seneste OECD-opgørelse udgør indkomstforskellene målt ved Gini-koefficienten omkring 25 pct. i Danmark, hvilket er markant mindre end i de fleste andre lande, jf. figur 1.

---

<sup>1</sup> Den disponible indkomst i ét enkelt år er ikke et eksakt mål for de private forbrugsmuligheder, idet forbrugsmulighederne også bestemmes af andre forhold, fx eventuel låntagning, afdrag på gæld, forbrug som stilles til rådighed af venner og familier, indkomst fra "sort arbejde" mv.

Figur 1

Indkomstforskelle opgjort ved Gini-koefficienten for udvalgte OECD-lande i 2008



Anm.: For Ungarn og Danmark er angivet værdien for 2007. Eurostat opgør Gini-koefficienten for EU-landene, herunder Danmark.

Kilde: OECD ([www.oecd.org/statistics](http://www.oecd.org/statistics)).

Fordelingen af de disponible indkomster tager højde for den omfordeling, der sker via skatte- og overførselssystemet, men indregner ikke den betydelige omfordeling, der sker via det offentlige forbrug, og de forbrugsmuligheder, det giver anledning til.

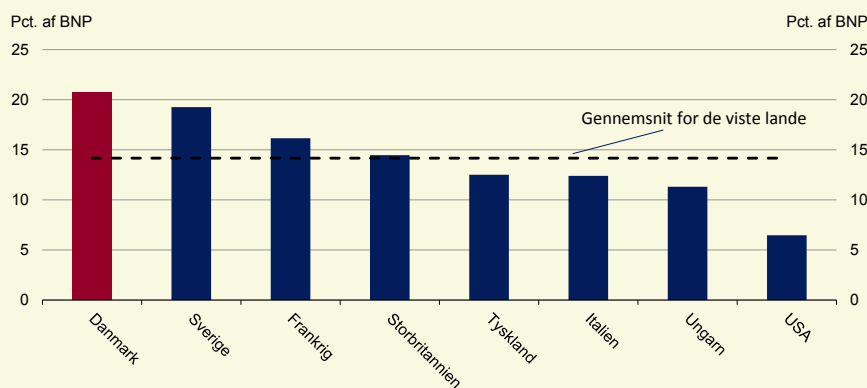
### ... og det offentlige forbrug er højt

I Danmark er der i høj grad fri og lige adgang til fx kompetencegivende uddannelse, sundhed og pleje, der stilles til rådighed som individuelt offentligt forbrug. Andre offentlige serviceydelser er forbundet med en forholdsvis beskedne egenbetaling, der i nogle tilfælde er indkomstafhængig. Det gælder fx daginstitutionspasning, hvor det offentlige tilskud understøtter forældrenes deltagelse på arbejdsmarkedet. Forældrebetalingen udgør under en tredjedel af de samlede udgifter, og hvis indkomsten er under en vis grænse, får familien hel eller delvis friplads.

Den frie og lige adgang til offentlige serviceydelser medfører, at der formelt er lige muligheder for at tage en uddannelse og for sundhedsbehandling. I mange andre lande medfinansierer studerende store dele af studierne (fx med lån). I Danmark er adgangen til uddannelse som hovedregel fri og gratis. Det betyder, at der ikke er formelle barrierer for, at unge kan tage en uddannelse uanset økonomisk baggrund.

I mange andre lande er fx sundhedsydelser og pleje i større grad forsikringsfinansieret, ligesom der lægges større vægt på egenbetaling. Danmark har derfor et relativt højt niveau for individuelt offentligt forbrug i forhold til andre lande, jf. figur 2.

**Figur 2**  
Individuelt offentligt forbrug for udvalgte OECD-lande i 2010



Anm.: Udgifter til individuelt offentligt forbrug som andel af bruttonationalproduktet (BNP). Det individuelle offentlige forbrug er den del af det offentlige forbrug, der kan fordeles til identificerbare person- og husholdningsgrupper, fx uddannelse, børnepasning og sygehusophold. Der findes ikke opgørelser af individuelt offentligt forbrug for Canada og Tyrkiet, som optræder i figur 1.

Kilde: OECD ([stats.oecd.org/national-accounts](http://stats.oecd.org/national-accounts)).

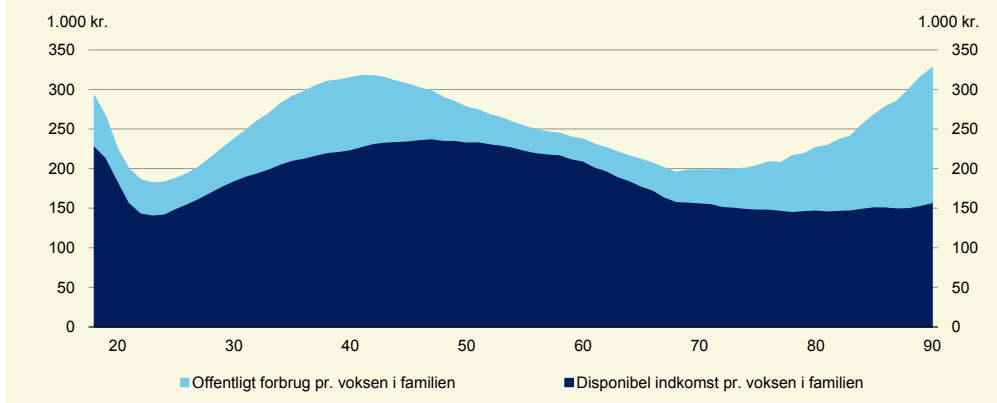
Det relativt høje individuelle offentlige forbrug kombineret med fri og lige adgang i Danmark betyder, at forskellene i forbrugsmuligheder reelt er mindre, end forskellene i den disponible indkomst indikerer. Det er derfor vigtigt at inddrage det individuelle offentlige forbrug, når man skal have et nuanceret billede af fordelingen i Danmark.

### Det offentlige forbrug omfordeler mellem aldersgrupper ...

Offentligt forbrug er med til at udligne forskellene i forbrugsmuligheder på tværs af aldersgrupper.

Det gælder særligt individuelt offentligt forbrug i form af sundhed og pleje<sup>2</sup>, der i stort omfang modtages af personer over 70 år, og som typisk er folkepensionister med en disponibel indkomst, der i gennemsnit ligger under andre aldersgruppers, jf. figur 3.

<sup>2</sup> Sundhed er sammensat af individuelt offentligt forbrug i form af hospitalsbenyttelse, sygesikring og medicintilskud. Pleje er i opgørelsen sammensat af hjemmehjælp og plejehjemsbenyttelse.

**Figur 3****Familiens disponible indkomst og individuelle offentlige forbrug pr. voksen opdelt på alder i 2009**

Anm.: Figuren viser de 18-90-årige. Opgørelsen og sammensætningen af det individuelle offentlige forbrug er nærmere beskrevet i appendiks.

Kilde: Egne beregninger på lovmodellen.

Det individuelle offentlige forbrug er også relativt højt for personer i slutningen af 20'erne og frem til midten af 40'erne. Her er det især kompetencegivende uddannelser og offentlig service relateret til børn, som daginstitution, folkeskole og nogle sundhedsydelser, som trækker op.

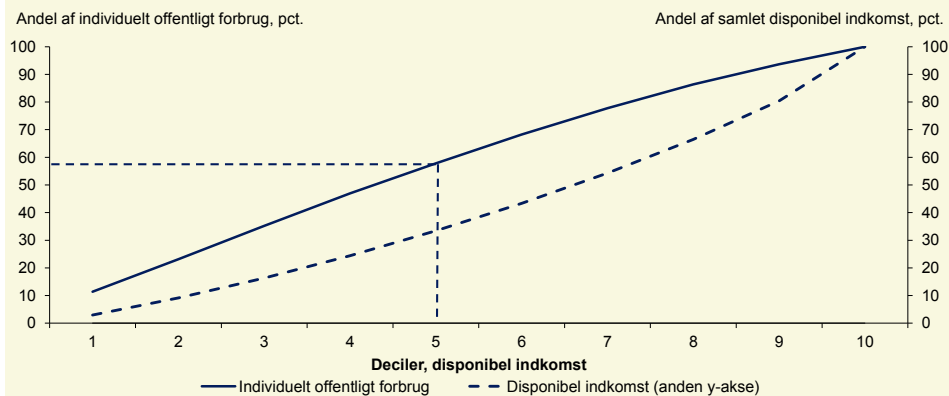
### ... og på tværs af indkomstniveauer

Fordelingen af den offentlige service på indkomstgrupper afspejler især, at trækket på den offentlige service typisk indtræder i aldersgrupper, hvor den gennemsnitlige disponible indkomst er relativt lav, samt i mindre grad at nogle ydelser er indkomstafhængige, som fx daginstitutionsbenyttelse.

Forskellene i det individuelle offentlige forbrug er mindre end forskellene i disponibel indkomst. Det offentlige forbrug virker derfor omfordelende og resulterer i en mere lige fordeling af de samlede forbrugsmuligheder. Det skal ses i lyset af, at personer i den nedre halvdel af indkomstfordelingen modtager næsten 60 pct. af det samlede offentlige forbrug, mens samme gruppe tegner sig for knap 35 pct. af den samlede disponible indkomst, jf. figur 4.

Figur 4

## Individuelt offentligt forbrug og disponibel indkomst opdelt på indkomstdeciler i 2009



Anm.: Personerne er ordnet efter disponibel indkomst.

Kilde: Egne beregninger på lovmodellen.

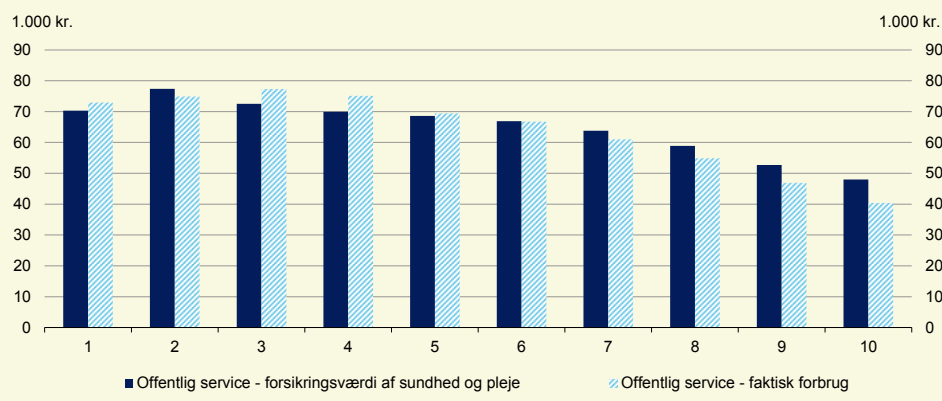
I tidligere analyser af det individuelle offentlige forbrug er udgifterne typisk fordelt på baggrund af personernes faktiske offentlige servicetræk. Det betyder, at en person får et meget stort forbrug, hvis vedkommende fx har boet på plejehjem hele året, har gennemgået en dyr operation eller været igennem et sygdomsforløb med lange indlæggelser. Andre har et lille træk på de offentlige serviceydelser, fordi de ikke har været plejkrævende eller syge.

Det kan imidlertid være mere retvisende at tage udgangspunkt i *forsikringsværdien* af de offentlige serviceydelser. Individuelt offentligt forbrug inden for sundhed og pleje bliver relevant for næsten alle på et tidspunkt i livet. Alene muligheden for at trække på det offentlige forbrug – forsikringsværdien – har en værdi, uanset om man faktisk får brug for at benytte denne mulighed. Forsikringsværdien for den enkelte person eller familie er i denne analyse opgjort som den gennemsnitlige værdi af det faktiske forbrug for alle i aldersgruppen<sup>3</sup>.

Den nye metode ændrer dog ikke ved konklusionen: Det er den nedre halvdel af indkomstfordelingen, der har det største træk på de offentlige serviceydelser, uanset om udgifterne til sundhed og pleje fordeles med udgangspunkt i det faktiske forbrug eller forsikringsværdien, jf. figur 5.

<sup>3</sup> Forsikringsværdien kan ikke fortolkes som den præmie (pris), den enkelte skulle betale for en forsikring med adgang til tilsvarende ydelser på det private forsikringsmarked. En forsikringspræmie afhænger af mange forhold, som alder, sygdomsrisiko, adfærd mv.

**Figur 5**  
**Individuelt offentligt forbrug opdelt på indkomstdeciler i 2009**



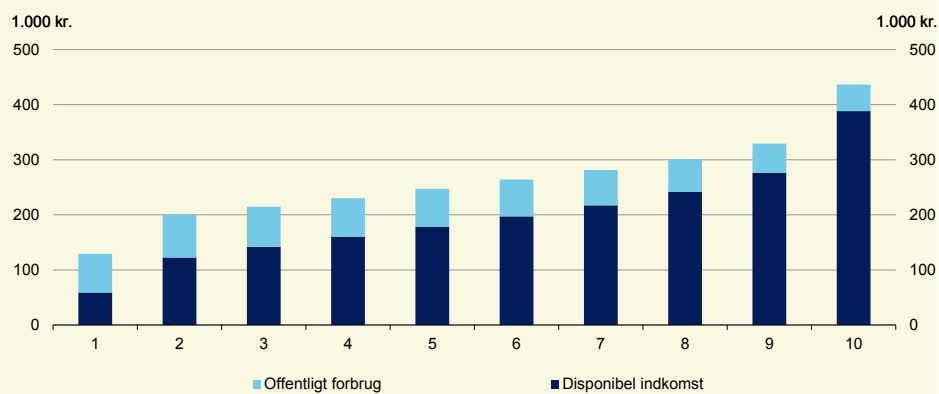
Anm.: Forsikringsværdien af sundhed og pleje er beregningsteknisk opgjort ved aldersopdelt gennemsnitligt forbrug. Personerne er ordnet efter disponibel indkomst. Disponibel indkomst og individuelt offentligt forbrug er ækvivaleret for at tage højde for stordriftsfordele i familien.

Kilde: Egne beregninger på lovmodellen.

Det er i mange sammenhænge mere relevant at betragte familiernes samlede forbrugsmuligheder end alene at fokusere på fordelingen af de disponible indkomster. De såkaldt udvidede forbrugsmuligheder er i det efterfølgende opgjort som summen af disponibel indkomst og individuelt offentligt forbrug, jf. appendiks.

Når det offentlige forbrug inddrages, er den relative forøgelse af forbrugsmulighederne størst i bunden af indkomstfordelingen. Både fordi servicetrækket – som nævnt – er størst i bunden af indkomstfordelingen, og fordi den disponible indkomst her er relativt lav. Værdien af det offentlige servicetræk udgør op mod halvdelen af de udvidede forbrugsmuligheder for de laveste indkomstdeciler, jf. figur 6. Fordelingen af de offentlige forbrugsmuligheder understøtter formelt lige muligheder i form af fri adgang til sundhedsydelser og uddannelse uanset indkomstniveau.

**Figur 6**  
Udvidede forbrugsmuligheder opdelt på indkomstdeciler i 2009



Anm.: Personerne er ordnet efter disponibel indkomst. Forsikringsværdien af sundhed og pleje er beregningsteknisk opgjort ved aldersopdelt gennemsnitligt forbrug. Disponibel indkomst og individuelt offentligt forbrug er ækvivaleret for at tage højde for stordriftsfordele i familien.

Kilde: Egne beregninger på lovmodellen.

Fordelingen af det offentlige forbrug betyder også, at forskellene i de udvidede forbrugsmuligheder er mindre end forskellene i den disponible indkomst. Indkomstforskellene opgjort ved Gini-koefficienten reduceres således fra knap 24½ pct. til godt 19 pct., når der tages højde for virkningen af det individuelle offentlige forbrug, jf. tabel 1.

**Tabel 1**  
Indkomstforskelle og forskelle i udvidede forbrugsmuligheder i 2009

	Gini-koefficient, pct.
Disponibel indkomst	24,4
Udvidede forbrugsmuligheder	19,2

Anm.: Personerne i befolkningen er ordnet efter det aktuelle indkomstbegreb. Fordelingen af de udvidede forbrugsmuligheder er mere lige, når der tages udgangspunkt i forsikringsværdien af individuel offentlig service, end når der tages udgangspunkt i det faktiske forbrug. Med udgangspunkt i personernes faktiske forbrug af offentlig service er Gini-koefficienten 22,4 pct. (lidt større end 19,2 pct.). Det afspejler, at nogle personer har et (faktisk) offentligt forbrug, der betyder, at de flytter fra den nedre del af indkomstfordelingen til den øvre del af fordelingen af udvidede forbrugsmuligheder, eksempelvis kan en person i 1. indkomstdecil, der har fået en hjerteoperation eller har været på plejehjem hele året, optræde i 10. decil af udvidede forbrugsmuligheder.

Kilde: Egne beregninger på lovmodellen.

Det er ikke muligt at sammenligne med fordelingsvirkningerne af det individuelle offentlige forbrug i andre lande, da der ikke laves sammenlignelige opgørelser af udvidede forbrugsmu-

ligheder på tværs af lande. Det relativt høje niveau for individuelt offentligt forbrug kombineret med fri og lige adgang indikerer imidlertid, at den omfordelende virkning formentlig er relativt høj i Danmark.



## Appendiks Udvidede forbrugsmuligheder

Det offentlige forbrug er sammensat af kollektivt offentligt forbrug og individuelt offentligt forbrug. Det kollektive offentlige forbrug består bl.a. af udgifter til forsvar, vejnet og kollektiv trafik mv. Det individuelle forbrug kan opdeles i forbrug, der kan fordeles på individer, som forbrug i form af daginstitutionsbenyttelse, uddannelse, sundhed (hospital, medicintilskud og sygesikring) og pleje (hjemmehjælp og plejehjem), samt forbrug, som ikke kan fordeles på individer, som fx tilskud til kulturtilbud mv. Individualiserbart offentligt forbrug fordeles og indgår i opgørelsen af udvidede forbrugsmuligheder.

I alt fordeles udgifter til individuelt offentligt forbrug svarende til 255 mia. kr. (2009-niveau), jf. tabel 1.

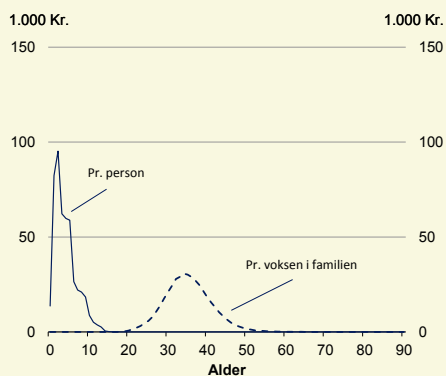
**Tabel 1**  
Offentligt forbrug i 2009

Offentligt forbrug		
2009-niveau	Mia. kr.	Pct.
<b>Individualiserbart</b>	<b>254,8</b>	<b>51</b>
Heraf:		
- Dagpasning	31,5	6
- Undervisning	91,2	18
- Sundhed	92,2	19
- Pleje	39,5	8
<b>Øvrigt individuelt</b>	<b>101,0</b>	<b>20</b>
<b>Kollektivt</b>	<b>140,5</b>	<b>28</b>
<b>Samlet offentligt forbrug</b>	<b>496,3</b>	<b>100</b>

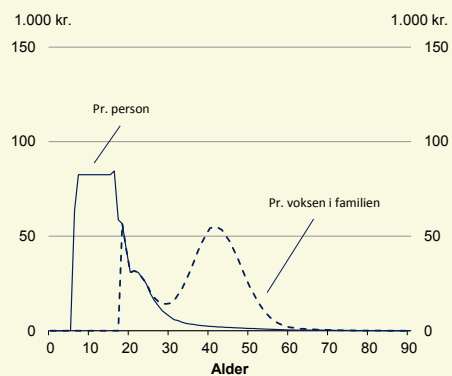
Anm.: Sundhed er sammensat af individuelt offentligt forbrug i form af hospitalsbenyttelse, sygesikring og medicintilskud. Pleje er i opgørelsen sammensat af hjemmehjælp og plejehjemsbenyttelse.

Kilde: Danmarks Statistik samt egne beregninger på lovmodellen.

Offentligt forbrug i form af daginstitutionsbenyttelse og uddannelse fordeles med udgangspunkt i oplysninger om børn i daginstitution og personer under uddannelse, jf. figur 1 og 2.

**Figur 1****Daginstitutionsforsøg opdelt på alder i 2009**

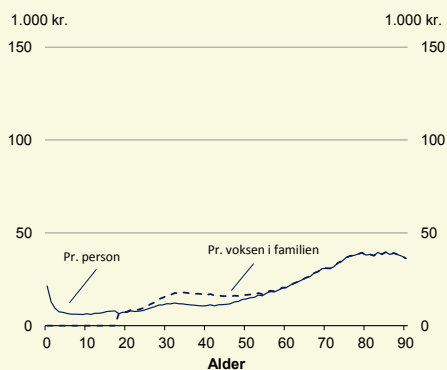
Anm.: Figuren er afsluttet ved 90 år.  
 Kilde: Egne beregninger på lovmodellen.

**Figur 2****Uddannelsesforbrug opdelt på alder i 2009**

Anm.: Figuren er afsluttet ved 90 år. Uddannelse indeholder her også voksenuddannelse.  
 Kilde: Egne beregninger på lovmodellen.

Offentligt forbrug i form af sundhed og pleje fordeles tilsvarende med udgangspunkt i oplysninger om individuelt forbrug af hospital, medicin og læge/tandlæge og hjemmehjælp og plejehjem, jf. figur 3 og 4.

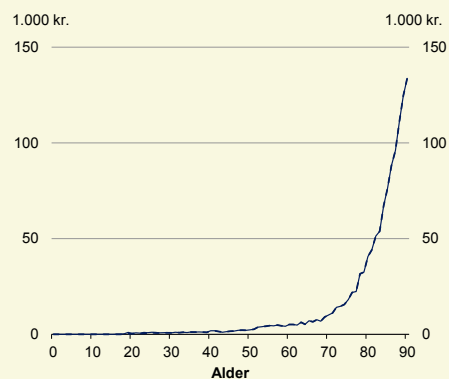
**Figur 3**  
Sundhedsforbrug opdelt på alder i 2009



Anm.: Figuren er afsluttet ved 90 år. Sundhedsforbrug er sammensat af hospitalsbenyttelse, medicintilskud og sygesikringsydelse.

Kilde: Egne beregninger på lovmodellen.

**Figur 4**  
Plejeforbrug opdelt på alder i 2009



Anm.: Figuren er afsluttet ved 90 år. Pleje er sammensat af hjemmehjælp og plejehjem til ældre og handicappede. Det er svært at skelne mellem forbrug pr. person og forbrug pr. voksen i familien i figuren, idet offentligt forbrug i form af pleje hovedsageligt modtages af voksne personer.

Kilde: Egne beregninger på lovmodellen.

Forskellene i forbrugsmuligheder kan illustreres med udgangspunkt i de udvidede forbrugsmuligheder, som her består af disponibel indkomst tillagt det individualiserbare offentlige forbrug.

Det individuelle offentlige forbrug fordeles traditionelt ved, at den disponible indkomst tillægges værdien af det faktiske individuelle offentlige forbrug. Alternativt kan den disponible indkomst tillægges det faktiske individuelle offentlige forbrug af daginstitution og uddannelse, som har karakter af reelt forbrug, og det aldersopdelte gennemsnit af det individualiserede offentlige forbrug for den del, der ikke kan siges at være udtryk for en reel forbrugsbeslutning, men snarere er udtryk for en forsikringslignende ydelse, dvs. individuelt offentligt forbrug i form af sundhed og pleje. På den måde tages højde for, at nogle former for offentligt forbrug har en værdi for alle (i aldersgruppen), uanset om der gøres brug af muligheden. Det antages således beregningsteknisk, at eksempelvis hospitalsbenyttelse har samme værdi for alle 80-årige. Der tages således ikke højde for, at nogle grupper kan have større eller mindre sandsynlighed for at gøre brug af de pågældende ydelser som følge af forskellig levevis mv.

Forsikringsværdien af offentligt forbrug i form af sundhed og pleje er her beregningsteknisk opgjort som sandsynligheden for at gøre brug af den offentlige service gange den gennemsnitlige værdi af ydelserne for de berørte opdelt på alder, svarende til det aldersopdelte gennemsnitlige individuelle offentlige forbrug.